

# Datos de Quejas



**La sección a continuación contiene un análisis a nivel estatal de datos  
colectados por el Departamento de Seguros de Texas.**

# Datos de Quejas Contra HMOs

Las tablas y gráficas en este capítulo contienen información que le será muy útil respecto a la cantidad y tipo de quejas que los proveedores médicos, pacientes y otros han presentado ante el Departamento de Seguros de Texas (TDI).

## Razones Más Comunes por las que se Presentaron Quejas

Un análisis de datos de quejas presentados ante el TDI indica que las quejas totales disminuyeron un 35% en comparación con lo que se reportó el año pasado. Mientras que las quejas disminuyeron en cada categoría, la reducción fue menos notable en las quejas relacionadas a **Rechazo de Reclamación** (23%). Se notó una mayor disminución de quejas relacionadas a **Ofrecimiento Insatisfactorio de Liquidación** (55%). Se notó un aumento (15%) en el número de quejas reportadas por pacientes y una disminución del número de quejas reportadas por proveedores (45%). Después de algunos años de disminución, incrementaron las quejas de los pacientes, tanto en número como en el porcentaje de quejas totales.

Razones Más Comunes por las que se Presentaron Quejas		2007	2006	2005	2004
Demoras en el Manejo de la Reclamación	Quejas de proveedores y pacientes porque las reclamaciones no fueron manejadas en un tiempo razonable.	19.15%	18.95%	25.86%	25.28%
Rechazo de Reclamación	Quejas de proveedores y pacientes respecto al rechazo de cobertura de un servicio de cuidado de salud.	32.20%	27.09%	25.84%	22.95%
Ofrecimiento Insatisfactorio de Liquidación	Con frecuencia es debido a que los proveedores están insatisfechos con el pago que hace el HMO por los servicios.	19.86%	28.43%	26.61%	24.21%
Cobros de Saldo	Facturación de saldo al paciente por gastos que se espera que el HMO pague.	0.96%	1.83%	2.03%	3.52%
Acceso a la Atención de Salud	Usualmente debido a las funciones de "portero" que el HMO ejerce o a burocracia interna.	0.39%	1.58%	1.74%	2.16%
Recuperación del Pago	Relacionado con situaciones en que el HMO ha pagado de más y la disputa subsiguiente cuando requiere reembolso del proveedor.	3.79%	4.25%	2.19%	-
Deficiencia en Puntualidad en la Presentación de la Reclamación	Una disputa entre el HMO y el proveedor respecto a la falta de puntualidad en la presentación de la reclamación.	1.93%	5.17%	1.5%	-

Fuente: Departamento de Seguros de Texas 1º de Julio de 2003 al 30 de junio de 2007

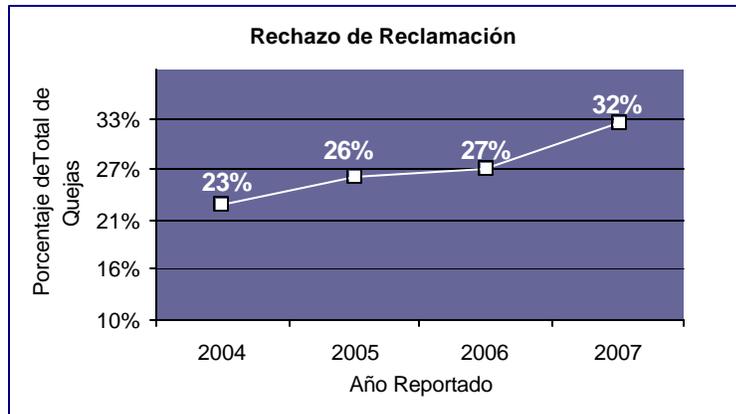
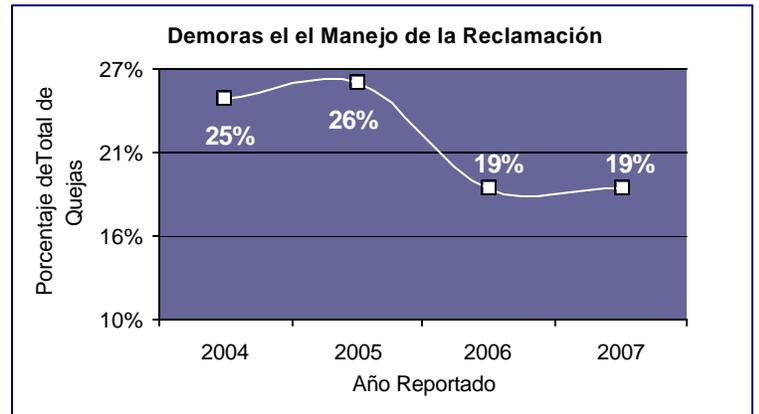
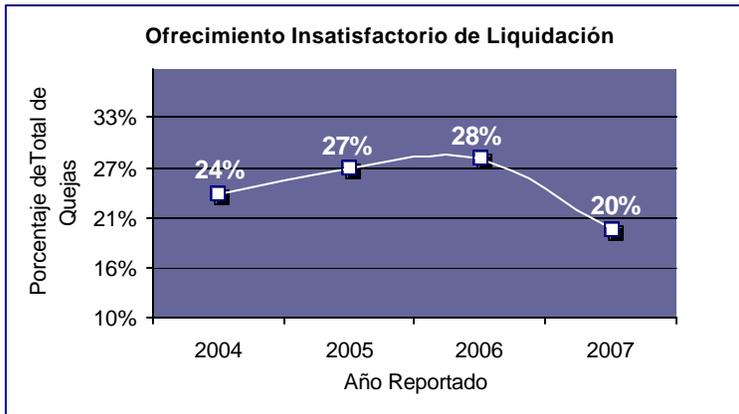
### Notas Aclaratorias

#### Disposición

Las quejas en contra de HMOs cuyo proceso ya terminó son reportadas sin importar si TDI determinó que la queja fue justificada o injustificada.

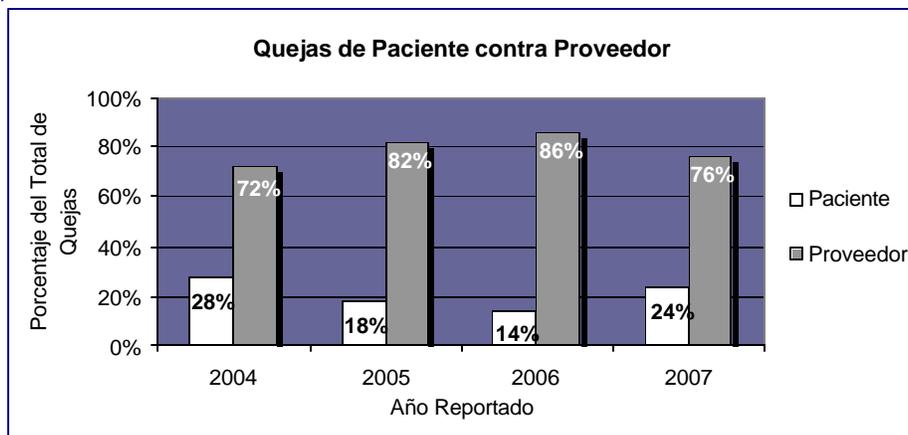
#### Verificación

La Oficina del Asesor Legal Público de Seguros (OPIC) no audita o de ninguna otra manera intenta verificar la veracidad de los datos de quejas o cifras de inscripción utilizadas en este capítulo del reporte.



### Quejas de Paciente Contra Proveedor

La cantidad de quejas presentadas por ambos proveedores y pacientes ha disminuido en el año del 2007. Un análisis de las tendencias en años anteriores demuestra un aumento del porcentaje de quejas reportadas por pacientes después de dos períodos de disminución. Para el período de informes actuales, el porcentaje de quejas reportadas por proveedores (incluso doctores, hospitales y otros proveedores de cuidados de salud) ha disminuido.



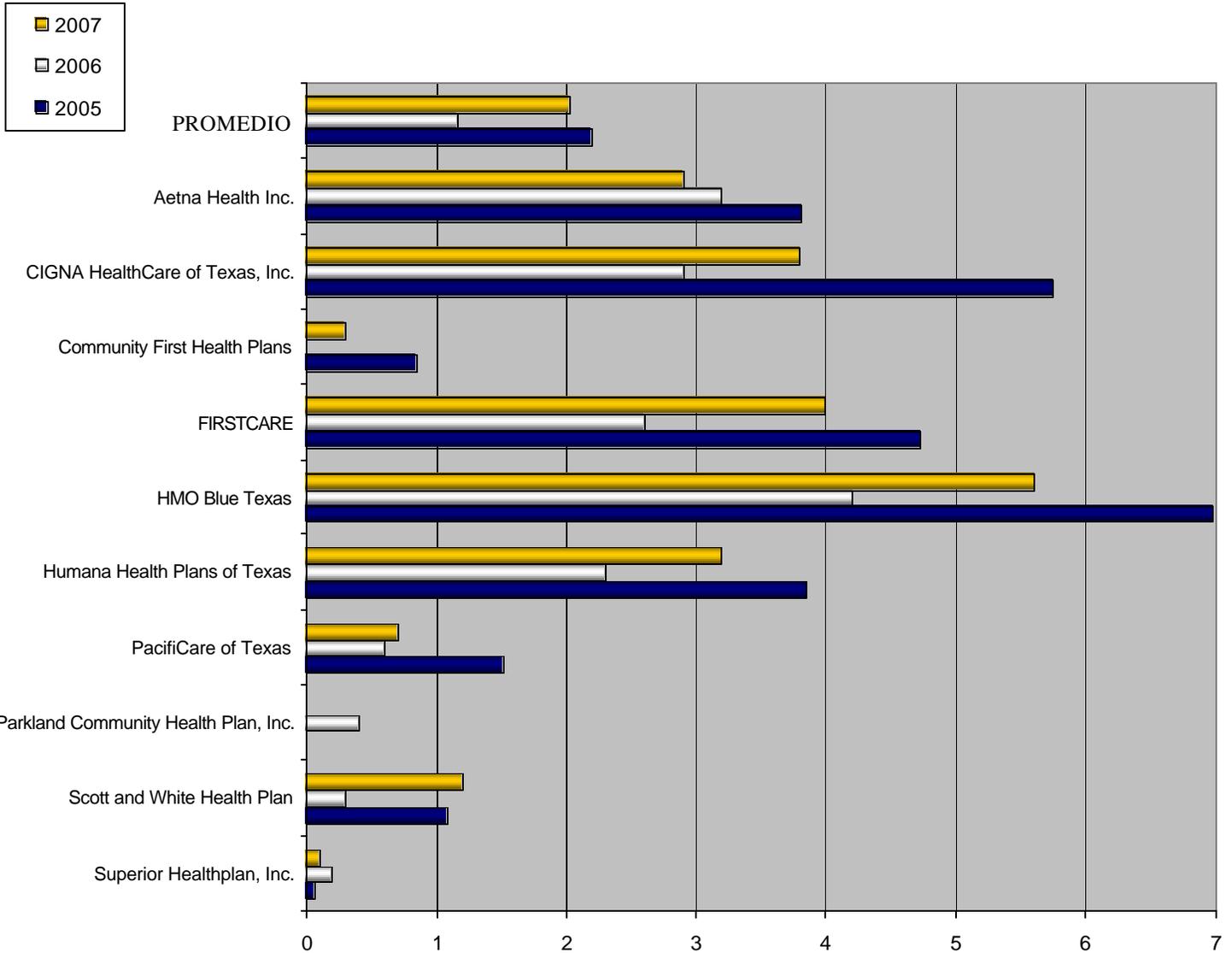
Fuente: Departamento de Seguros de Texas 1º de Julio de 2003 al 30 de junio de 2007

### ¿Cómo se compara su plan con otros planes?

Las gráficas y tablas a continuación lo ayudarán a decidir cómo, en cuestión del número de quejas (paciente, proveedor o combinado) presentadas ante TDI, su plan HMO se compara con los otros HMOs en Texas en relación a 10,000 inscritos en el plan. A diferencia de la porción de la encuesta de cliente en este reporte, los datos de quejas son al nivel estatal. Los HMOs se encuentran agrupados, dependiendo de si la cantidad de sus miembros es más o es menos de 50,000.

# Quejas de los Pacientes\* por cada 10,000 Afiliados

## HMOs con más de 50,000 Afiliados



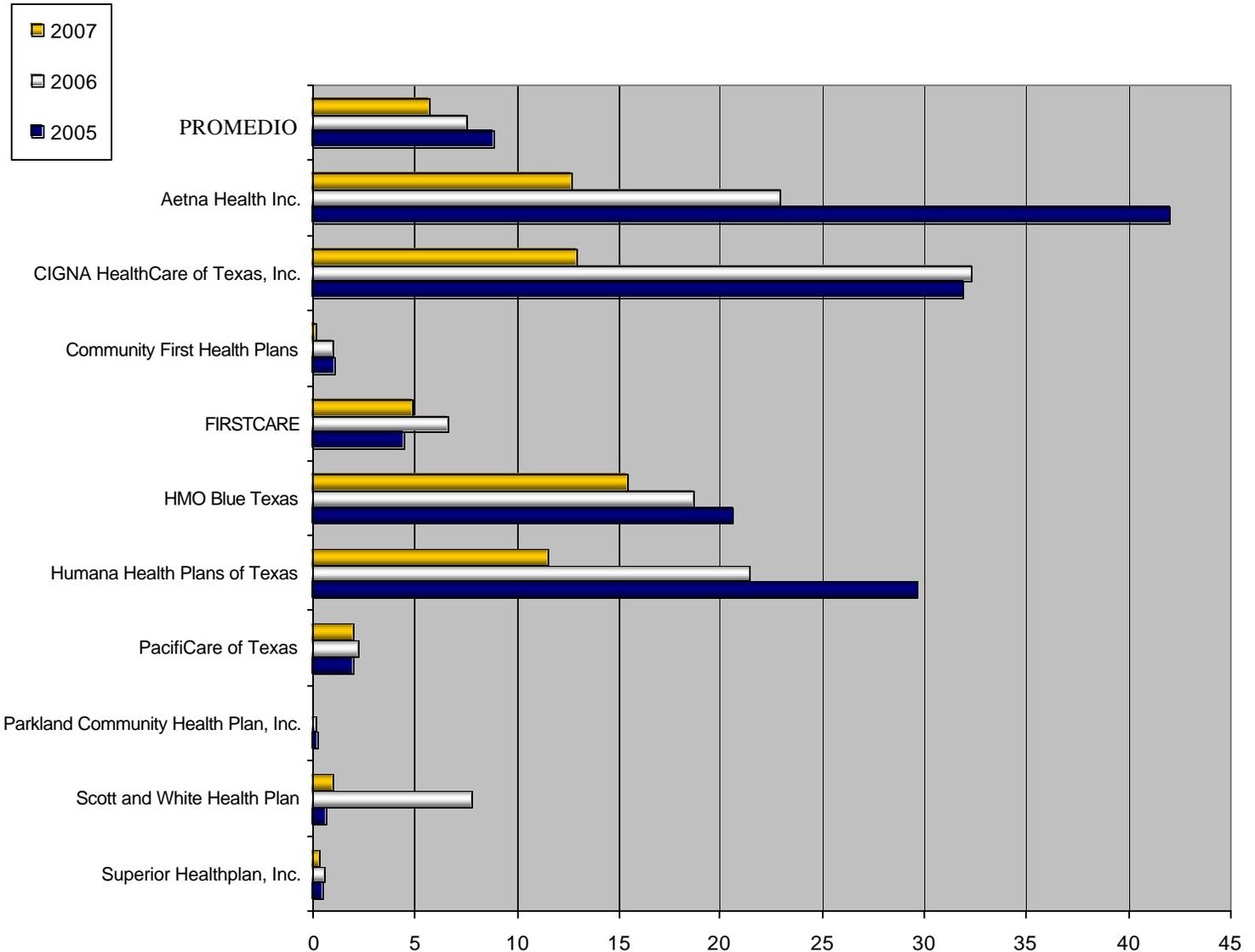
Fuente: Departamento de Seguros de Texas  
1º de Julio de 2004 al 30 de junio de 2007

\* Incluso las quejas presentadas por otros a nombre del paciente.

# Quejas de Proveedores de Atención Médica\*

## por cada 10,000 Afiliados

*HMOs con más de 50,000 Afiliados*

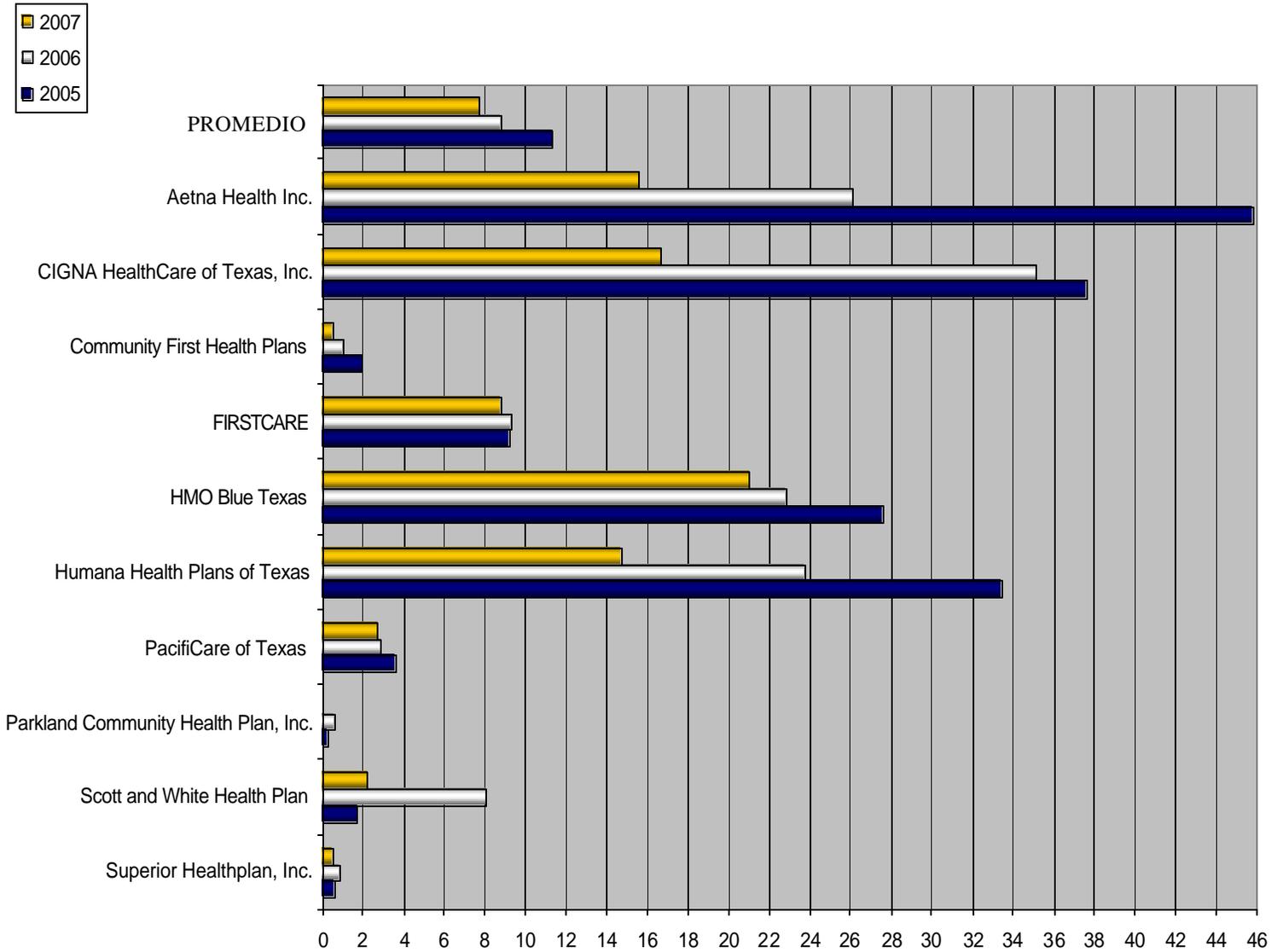


Fuente: Departamento de Seguros de Texas  
1º de Julio de 2004 al 30 de junio de 2007

\* Incluso doctores, hospitales, y otros proveedores de atención médica.

# Quejas Combinadas por cada 10,000 Afiliados

## HMOs con más de 50,000 Afiliados



Fuente: Departamento de Seguros de Texas  
1º de Julio de 2004 al 30 de junio de 2007

## Totales de Datos de Quejas

del 1º de julio de 2006 al 30 de junio de 2007  
HMOs Servicios Basicos con más de 50,000 Afiliados

	Total de afiliados hasta el 31 de Diciembre 2006	Quejas de Proveedores	Quejas de los Pacientes	Quejas Combinadas (paciente/ proveedor)	Quejas de Proveedores por cada 10,000 afiliados	Quejas de los Pacientes por cada 10,000 Afiliados	Quejas Combinadas (paciente/ proveedor) por cada 10,000 afiliados
Aetna Health Inc.	291,786	372	84	456	12.7	2.9	15.6
CIGNA HealthCare of Texas, Inc.	62,698	81	24	105	12.9	3.8	16.7
Community First Health Plans	96,146	2	3	5	0.2	0.3	0.5
FIRSTCARE	98,633	48	39	87	4.9	4.0	8.8
HMO Blue Texas	209,047	322	117	439	15.4	5.6	21.0
Humana Health Plans of Texas	88,048	101	28	129	11.5	3.2	14.7
PacifiCare of Texas	139,333	28	10	38	2.0	0.7	2.7
Parkland Community Health Plan, Inc.	122,159	1	0	1	0.1	-	0.1
Scott and White Health Plan	174,171	18	21	39	1.0	1.2	2.2
Superior Healthplan, Inc.	217,198	7	3	10	0.3	0.1	0.5
<b>TOTAL/Promedio Servicios Basicos* (Planes &gt; 50,000 Afiliados)</b>	<b>1,499,219</b>	<b>980</b>	<b>329</b>	<b>1,309</b>	<b>5.70</b>	<b>2.03</b>	<b>7.72</b>

Fuente de datos: Los datos de quejas ICIS del Departamento de Seguros de Texas (TDI) que se utilizaron en este proyecto fueron obtenidos del sitio electrónico de TDI. Las quejas se contaron como sigue: a) Propietario = HMO, b) Sujeto de Quejas no = ERISA, c) Línea de cobertura = Group A&H y utilizando una combinación de datos únicos de quejas ID, motivo de la queja y correspondiente. Los casos adicionales con el mismo ID y motivo de los que ya fueron contados son excluidos.

\* El promedio de proporción de quejas de los planes con más de 50,000 afiliados se calculó excluyendo el valor alto y bajo en cada columna.

## Totales de Datos de Quejas

del 1º de julio de 2006 al 30 de junio de 2007  
HMOs Servicios Basicos con menos de 50,000 Afiliados

	Total de afiliados hasta el 31 de Diciembre 2006	Quejas de Proveedores	Quejas de los Pacientes	Quejas Combinadas (paciente/proveedor)	Quejas de Proveedores por cada 10,000 afiliados	Quejas de los Pacientes por cada 10,000 Afiliados	Quejas Combinadas (paciente/proveedor) por cada 10,000 afiliados
Great-West Healthcare of Texas, Inc.	6,722	17	0	17	25.3	-	25.3
Selectcare of Texas, L.L.C.	33,666	0	2	2	-	0.6	0.6
Seton Health Plan	14,466	1	0	1	0.7	-	0.7
UNICARE Health Plans	31,923	15	1	16	4.7	0.3	5.0
United Healthcare of Texas, Inc.	11,846	105	12	117	88.6	10.13	98.8
Valley Baptist Health Plan	0	15	7	22	-	-	-
<b>TOTAL/Medio Servicios Basicos* (Planes &lt; 50,000 Afiliados)</b>	<b>98,623</b>	<b>153</b>	<b>22</b>	<b>175</b>	<b>2.70</b>	<b>0.16</b>	<b>2.85</b>

Fuente de datos: Los datos de quejas ICIS del Departamento de Seguros de Texas (TDI) que se utilizaron en este proyecto fueron obtenidos del sitio electrónico de TDI. Las quejas se contaron como sigue: a) Propietario = HMO, b) Sujeto de Quejas no = ERISA, c) Línea de cobertura = Group A&H y utilizando una combinación de datos únicos de quejas ID, motivo de la queja y correspondiente. Los casos adicionales con el mismo ID y motivo de los que ya fueron contados son excluidos.

\* El resumen de proporción de quejas de los planes con menos de 50,000 afiliados se basó en el medio en lugar del promedio para comparación.

## Apelaciones y Quejas

Si su plan de salud se niegue a pagar por atención de salud que usted o su doctor cree es necesaria o adecuada, usted tiene el derecho a apelar esa decisión. Cuando su plan hace semejante negación, debe también informarle sobre el sistema interno de apelaciones del HMO.

Si su apelación es negado, usted tiene el derecho a solicitar que una Organización de Revisión Independiente o IRO (Independent Review Organization) examine la decisión. El IRO tiene solamente 20 días para presentar su decisión.

Si su padecimiento amenaza la vida usted puede dirigirse directamente al IRO y no tiene que apelar primero por medio del sistema de apelaciones del HMO. El IRO entonces tiene solamente 8 días para presentar su decisión. Los planes de salud están obligados a pagar por el IRO y obedecer lo que el IRO decida.

Es posible que usted pueda proceder a entablar una demanda legal en contra del HMO si alguna decisión que el HMO emitió para su cuidado de salud le causó daños.

También, si tiene una queja en contra de su HMO usted puede presentarla ante TDI. Las quejas en contra de los proveedores de cuidados de salud deben presentarse ante la agencia acreditadora o las autoridades correspondientes.

Para más información sobre el proceso de los IROs o cómo presentar quejas (y otros derechos del paciente), favor de llamar al Departamento de Seguros de Texas:

Línea de Información de IROs al (888) 834-2476.

Línea de Ayuda al Consumidor al (800) 252-3439.

Apelaciones ante la Organización de Revisión Desde el 1º de julio de 2006 hasta el 30 de junio de 2007	Casos	Casos Resueltos a favor del HMO	Casos Resueltos a favor del paciente/afiliado	Casos Resueltos parcialmente a favor del HMO y del paciente
Aetna Health Inc.	9	5	4	0
CIGNA HealthCare of Texas, Inc.	1	1	0	0
Great West Healthcare of Texas, Inc.	1	0	1	0
HMO Blue Texas	1	1	0	0
Superior Health Plan	9	2	7	0
Texas Children's Health Plan, Inc.	3	2	1	0
Valley Baptist Health	1	1	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>0</b>

Fuente: Departamento de Seguros de Texas  
IRO Database  
1º de Julio de 2006 al 30 de junio de 2007

